CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1904)

Section de Chirurgie et Accouchements

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur PLAUCHU

EX-CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE LYON



LYON
IMPRIMERIE R. SCHNEIDER
Quai de l'Hôpital, 9
—
1904

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

DOCTEUR EN MÉDECINE
(1899.)

MONITEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
(1900 et 1901.)

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
(Professeur Fochier, 1902 et 1903.)

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON
(1893 et 1894.)

INTERNE DES HÔPITAUX
(De 1895 à 1899.)

LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Prix Bouchet, 1899.)

ACCOUCHEUR SUPPLÉANT DES HÔPITAUX
(Concours de 1902.)

ENSEIGNEMENT

Démonstrations pratiques de médecine opératoire (1898 et 1899).

Démonstrations pratiques de petite chirurgie (1898-1899).

Conférences et démonstrations pratiques d'obstétrique (1900 et 1901).

Conférences et examens cliniques d'obstétrique (1902 et 1903).

Cours aux élèves sages-femmes de la clinique obstétricale, sur la grossesse et la pathologie de la grossesse (1901 et 1902).

Cours d'accouchement aux élèves sages-femmes de la Maternité (Semestre d'hiver 1903-1904).

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON

(Prix Bouchacourt, 1900.)

LISTE CHRONOLOGIQUE

DES PUBLICATIONS

1. Anévrysme diffus de la fémorale. *Lyon médical*, 1896.
2. Trépanation pour un cas d'abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale. *Lyon medical*, 1896.
3. Sarcome de la racine de la cuisse. *Lyon médical*, 1897.
4. Enucléation d'un sarcome du creux poplité. *Lyon medical*, 1897.
5. Considérations sur le traitement chirurgical des sarcomes des parties molles des membres. *Province médicale*, 1897.
6. Gastro-entérostomie dans deux cas d'obstruction pylorique. *Lyon médical*, 1897.
7. Un cas de macrodactylie du médius et de l'annulaire. *Lyon médical*, 1897.
8. Paralysie générale syphilitique précoce. *Lyon médical*, 1898.
9. Paralysie radiculaire du plexus trachial chez un nouveau-né. *Société de médecine de Lyon*, 1898.
10. Deux cas de fièvre typhoïde de la mère sans séro-réaction chez le fœtus. *Lyon médical*, 1898. (En collaboration avec le Dr Gallavardin.)
11. Paralysie obstétricale consécutive à des tractions asynclitiques sur la tête. *Lyon médical*, 1898.
12. De la Pyloroplastie dans le traitement des sténoses non cancéreuses du pylore. *Thèse de Lyon*, 1899.

13. Du rôle de la microbiologie en obstétrique. Mémoire couronné par la *Société de médecine de Lyon*, 1900. (Prix Bouchacourt.)
14. Vagissements intra-utérins. *Lyon médical*, 1901. (En collaboration avec le Dr Reure.)
15. Des différents modes de dégagement dans les présentations du front. *Lyon médical*, 1903.
16. De l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle en obstétrique. *Lyon médical*, 1903.
17. De l'auto-intoxication gravidique. *Gazette des Hôpitaux*, 1904.
18. Mécanisme de l'engagement dans les bassins normaux et rétrécis. Imp. Schneider, Lyon, 1904.
19. Bassin rachitique à forme pseudo-ostéomalacique. Opération césarienne conservatrice. *Lyon médical*, 1904.
20. Hernie diaphragmatique congénitale. *Société des sciences médicales de Lyon*, 1904 et en publication *Presse médicale*, 1904.
21. Des brûlures du sein dans leurs rapports avec l'allaitement. *(En publication.)*
22. Vaccination chez le nouveau-né. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1904.

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE

BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALE

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE ET DYSTOCIE

INTERVENTIONS

ANESTHÉSIE

FŒTUS ET ANNEXES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOUVEAU-NÉ

GLANDE MAMMAIRE ET ALLAITEMENT

BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALE

Rôle de la microbiologie en obstétrique. (13)

Dans un premier chapitre d'historique, nous passons en revue les différentes étapes qui ont abouti aux découvertes microbiologiques récentes, les grands noms et les grands travaux qui progressivement avec Semmelweiss, Simpson, Pasteur, Tarnier, Doleris, Arloing, ont permis d'établir les notions pathogé niques des infections.

Nous étudions ensuite les données bactériologiques actuelles et les principaux agents des infections obstétricales.

1° *Le streptocoque.* Sa morphologie, sa spécificité, ses portes d'entrée, sa virulence, sa facilité de diffusion ; agent principal et le plus redoutable des spticémies puerpérales.

2° *Le staphylocoque.* Pour certains auteurs (Krœnig, Varnier) le streptocoque paraît être le seul agent pathogène capable de traverser l'endomètre et de se diffuser profondément. Il est souvent associé au staphylocoque. Pour d'autres (Brünkmann, Doleris), le stapbylocoque serait un agent pathogène capable de produire des septicémies puerpérales mortelles, mais exceptionnellement.

3° *Le colibacille.* Possède-t-il comme le streptocoque la faculté de franchir la barrière utérine d'envahir l'organisne, et de créer une septicémie ? L'étude des infections dues au colibacille est encore incomplète ; on le rencontrerait souvent dans les infections putrides.

4° *Le gonocoque* de Neisser peut à lui seul infecter l'accouchée et créer une septicémie, (obs. de Hallé) ; mais le plus souvent il s'associe à d'autres germes et crée plutôt dès infections localisées que générales, des para et périmétrites, des salpingites.

5° *Les microbes anaérobies* (micrococus fetidus de Weillon,

bacille infundibuliforme de Hallé, bacillus emphysematis de Welch et Nutall) ont été étudiés surtout par Krœni gavant 1900. Leur rôle doit être considéré comme de plus en plus important dans les infections putrides avec production de gaz. Il est difficile d'affirmer qu'ils puissent produire *à eux seuls* une fièvre puerpérale mortelle.

Dans un troisième chapitre nous exposons le mécanisme de l'infection puerpérale et le rôle de l'auto-infection et de l'hétéro-infection en montrant ls rôle prépondérant admis aujourd'hui par tous de l'hétéro-infection.

Les recherches de Dorderlein, de Krœnig, tendent à prouver que le vagin est doué d'un pouvoir bactéricide que lui confère un bacille spécial, le scheidenbacille de Dorlerlein. Cette propriété explique que l'infection soit surtout d'origine hétérogène.

IV. Les conséquences et applications thérapeutiques des notions précédentes sont surtout : la nécessité d'une antisepsie prophylactique rigoureuse, soit contre l'auto-infection (désinfection de la malade), soit contre l'hétéro-infection (désinfection de l'accoucheur, des canules et liquides de lavages).

Quand l'infection est déclarée, le lavage intra-utérin, le curage digital suivi d'écouvillonnage doit constituer le premier temps du traitement et l'on doit ensuite s'attaquer à l'élément septicémie par les abcès de fixation de Fochier.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

De l'auto-intoxication gravidique. (17)

Depuis les leçons de Bouchard sur les auto-intoxications, on a rattaché à l'auto-intoxication gravidique nombre de phénomènes pathologiques autrefois inexpliqués ou rattachés à d'autres causes.

A l'état normal comme à l'état pathologique, l'organisme est le réceptacle de nombreux poisons, les uns viennent du dehors,

les autres sont formés par l'organisme ou par des microbes hôtes habituels de l'intestin.

Mais il existe dans l'organisme des émonctoires, des organes de défense qui neutralisent ou éliminent les poisons fabriqués (peau, poumons, intestins, foie, rein).

Chez la femme enceinte, les mêmes sources de produits toxiques existent (aliments, fermentations intestinales, désassimilation cellulaire), auxquels viennent s'ajouter les déchets d'origine fœtale.

En outre, certains émonctoires, ou font défaut, ou bien ont une activité moins grande, ce qui explique la supertoxémie de la femme enceinte.

Les actes nutritifs sont plus actifs : l'appétit augmente, parfois varie, les fermentations intestinales sont intenses, la constipation habituelle, l'intestin plus paresseux. Le rein, au contraire, est soumis par le fait même de l'hypertoxémie à une suractivité fonctionnelle qui peut intéresser son intégrité.

Enfin le fœtus est une source notable de toxémie maternelle : témoin la disparition de l'albuminurie gravidique après la mort du fœtus.

Cette question de la toxémie d'origine fœtale a été mise en évidence par nombre d'auteurs lyonnais : Lannois, Briau, Hochwelker. Par l'expérimentation, ces auteurs ont montré que les substances toxiques peuvent passer du fœtus à la mère par l'intermédiaire du placenta.

On peut donc admettre que chez la femme enceinte, il y a un état permanent de toxémie par surproduction de poisons (fœtus) et par faiblesse de certains émonctoires.

Tant que les deux émonctoires principaux, le foie et les reins, ont leur intégrité fonctionnelle, l'état de santé parfaite se maintient. Mais si une lésion quelconque vient à l'abolir, les manifestations cliniques de l'auto-intoxication gravidique vont se produire.

MANIFESTATIONS DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

On peut les distinguer en :

1° ***Légères.*** — Elles se confondent pour la plupart avec les

signes dits sympathiques de la grossesse, céphalalgie, vertiges, lassitude, asthénie, somnolence, etc.

L'augmentation de la toxicité urinaire, l'hypoazoturie, l'urobilinurie, la glycosurie, traduisant un mauvais fonctionnement du foie, se retrouveront souvent chez la femme enceinte.

2° ***De moyenne intensité.*** — Les nausées et les vomissements le purit, le ptyalisme, les œdèmes sans albuminurie, enfin certains cas de psychose puerpérale paraisseut devoir être rattachés à l'état spécial d'auto-intoxication de la femme enceinte.

3° ***Graves.*** — Ce sont l'albuminurie gravidique, l'éclampsie, les vomissements incoercibles.

L'albuminurie gravidique est le plus souvent symptomatique d'un surmenage rénal. Le rein chargé d'éliminer un excès de produits toxiques pendant la grossesse peut devenir le siège d'une inflammation aiguë, qui se traduit par de l'albuminurie. Celle-ci disparaît rapidement après l'accouchement parce que la toxémie disparaît. L'albuminurie gravidique est souvent la manifestation de l'hypertoxémie par insuffisance hépatique. Tant que le rein est peu touché ou tant qu'il reste perméable, on ne voit survenir aucun phénomène grave, ceux-ci étant sous la dépendance plus encore de la perméabilité rénale que sous celle de l'abondance de l'albumine.

L'éclampsie apparaît, au contraire, dès que la toxémie, augmentant par suite de lésions du principal émonctoire, le foie; le rein, plus ou moins touché, devient, à son tour, insuffisant et imperméable.

Les recherches anatomo-pathologiques récentes ont montré que l'on trouve le plus souvent chez les éclamptiques des lésions profondes du foie. La cellule hépatique profondément touchée, frappée de névrose, ne peut transformer les poisons venus de l'intestin.

La toxémie augmente et si le rein ne peut suffire à sa tâche d'élimination, les phénomènes convulsifs apparaissent.

Vomissements incoercibles. — Pour nombre d'auteurs, on devrait chercher leur origine dans une auto-intoxication lente, d'origine hépatique ou intestinale. On a trouvé parfois dans les autopsies de graves lésions du foie.

TRAITEMENT DE L'AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE

Il se résume en deux indications : alimenter la femme enceinte dès les premières manifestations de l'autotoxémie gravidique par le lait, qui introduit le minimum de toxines dans l'organisme, tout en contenant des matériaux nutritifs suffisants ; et augmenter l'activité des émonctoires, intestin, rein, par une médication appropriée.

MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE ET DYSTOCIE

Du mécanisme de l'engagement dans les bassins normaux et rétrécis. (18)

AVEC QUATRE PLANCHES DANS LE TEXTE

Dans ce mémoire nous exposons les notions principales professées par l'École lyonnaise et en particulier par le professeur Fochier sur le mécanisme de l'engagement dans les bassins normaux et rétrécis.

CHAPITRE. I. — *Notions générales sur la tête fœtale.*

Etude des sutures et des fontanelles, des diamètres et circonférences de présentation, des attitudes produites par les mouvements de flexion, d'extension, de rotation et d'inclinaison latérale de la tête.

La tête possède les propriétés de malléabilité et de réductibilité éminemment utiles pour les phénomènes de l'engagement. Elle doit ces propriétés à l'existence des sutures et des fontanelles, à la souplesse des os du crâne, à l'existence de certaines régions particulièrement malléables. D'autres régions, saillies irréductibles, font exception à cette malléabilité.

Chapitre II. — *Diamètres et aires d'engagement du détroit supérieur. — Mode d'engagement dans les bassins normaux.*

Nous adoptons pour tout ce qui touche à l'axe du bassin et de l'excavation aux aires d'engagement les idées de Moralès, de Sabattier, et Fochier.

L'engagement, c'est-à-dire *le temps pendant lequel la grande circonférence de présentation de la tête franchit le plan du détroit supérieur* (Fochier), dans le bassin normal se fait suivant un des diamètres obliques en attitude de flexion légère (circonférence sous-occipito-frontale) suivant l'axe pratique de Sabattier Il se fait dans le cours du dernier mois de la grossesse chez les primipares, dans les derniers jours ou au moment du travail chez les multipares.

L'engagement se fait sans inclinaison latérale, c'est-à-dire en synclitisme; les inclinaisons latérales se constatent surtout dans les bassins rétrécis.

Chapitre III. — *Diamètres et aires d'engagement dans les bassins rétrécis. — Modes d'engagement dans les formes courantes.*

Notre étude porte sur les formes courantes c'est-à-dire :

1° Le bassin aplati.

2° Le bassin aplati et généralement rétréci.

3° Le bassin généralement rétréci. *(Justo minor.)*

4° Les bassins asymétriques.

Le bassin aplati a pour définition anatomique : *celui dans lequel le conjugué vrai étant réduit à 9 cm. 5 ou au-dessous, les autres diamètres sont ou conservés ou agrandis.*

Comme définition clinique : *celui dans lequel la tête s'engage en position transversale et en attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion.*

Grâce à ce mode d'engagement ce n'est pas le bi-pariétal

de la tête qui passe au niveau du conjugué rétréci mais un diamètre bi-pariétal antérieur, intermédiaire au bi-pariétal et au bi-temporal, plus petit que le premier.

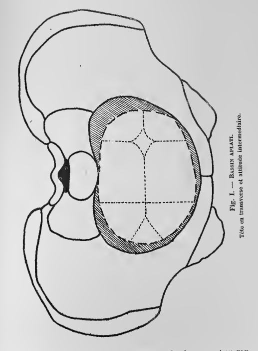


Fig. I. — BASSIN APLATI.
Tête en transverse et attitude intermédiaire.

En outre, une région très malléable de la tête se met en rapport avec le promontoire qui peut y creuser une gouttière ou une dépression utile à l'engagement.

Le bassin aplati et généralement rétréci *est celui dans lequel le conjugué étant réduit au-dessous de 9 cm. 5 le transverse médian est lui-même rétréci.*

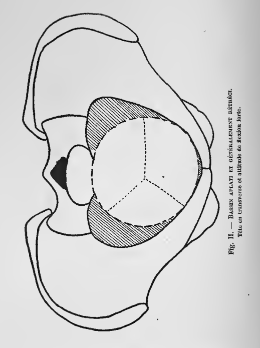


Fig. II. — Bassin aplati et généralement rétréci.
Tête en transverse et attitude de flexion forte.

La tête s'engage en position transversale et en attitude de flexion. Le plus souvent cette attitude de flexion forte ne se produit qu'après une phase pendant laquelle la tête se place en attitude intermédiaire ; la bosse pariétale postérieure, passe

ensuite à côté du promontoire, le double, descend au-dessous de lui par un mouvement d'inclinaison sur le pariétal postérieur; puis la tête se fléchit pendant que l'engagement se termine.

Le bassin généralement rétréci. — C'est la forme de bassin

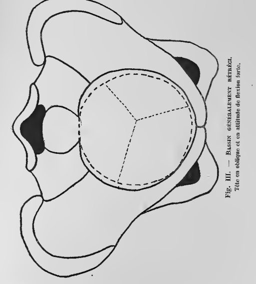


Fig. III. — Bassin généralement rétréci. Tête en oblique et en attitude de flexion forte.

dans laquelle *tous les diamètres sont à peu près proportionnellement réduits et dans lequel l'engagement se fait en oblique et attitude de flexion forte.* Ce bassin est particulièrement redoutable parce que la tête en flexion trouve des obstacles dans toute l'étendue de l'excavation. En outre, il arrive un moment où se présentent au détroit supérieur des diamètres dorso-frontaux de la tête parce que la tête descend solidarisée avec le tronc en flexion forcée.

Chapitre IV. — *Des inclinaisons latérales de la tête.*

Cette étude est à faire presque exclusivement pour les bassins dans lesquels la tête s'engage en transverse (bassin aplati ou aplati et généralement rétréci).

On distingue les inclinaisons latérales, *phénomène préliminaire de l'engagement*, traduisant des oscillations qu'exécute la tête avant de se fixer et les inclinaisons latérales existant au moment *où la tête fixée par un de ses points sur le détroit supérieur, va s'engager par le redressement de son inclinaison latérale.* Tantôt cette inclinaison se fait sur le pariétal postérieur, tantôt sur le pariétal antérieur.

Ces inclinaisons latérales légères constituent un phénomène favorable facilitant l'engagement; les inclinaisons exagérées traduisent l'existence d'une dystocie redoutable; les inclinaisons sur le pariétal postérieur ont un très mauvais pronostic.

Chapitre V. — *Bassins asymétriques.*

En ne tenant compte d'aucune notion pathogénique, mais seulement du degré d'asymétrie du détroit supérieur on peut distinguer des bassins à asymétrie légère, à asymétrie moyenne, à asymétrie forte:

1° Les premiers présentent souvent trois diamètres d'engagement : un transversal et deux obliques.

2° Les seconds ne présentent en général que deux diamètres d'engagement : un transversal et un suivant l'oblique court.

3° Dans les bassins à asymétrie forte, la tête s'engage en flexion forcée suivant l'oblique court. La réduction de la sacro-cotyloïdienne correspondante empêche l'engagement suivant le diamètre oblique long.

Dans les asymétries très violentes, type bassin de Nægele, le bassin peut être considéré comme circulaire présentant des diamètres d'engagement aussi désavantageux les uns que les autres.

Un des sinus sacro-iliaques, réduit à une étroite rainure est

absolument inutilisable ; le contour du détroit supérieur peut être schématiquement figuré par une ligne qui suivrait le

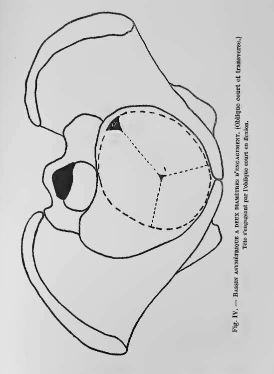


Fig. IV. — Bassin asymétrique a deux diamètres d'engagement. (Oblique court et transverse.)
Tête s'engageant par l'oblique court en flexion.

contour de la ligne innominée du côté sain, et qui réunirait le promontoire à la région cotyloïdienne du côté dystrophié.

CHAPITRE VI. — *Indications du forceps et de la version tirées de la forme du rétrécissement.*

Dans le bassin aplati, la téte venant dernière, passe en attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, et en position transversale. Cette attitude de la tête s'obtient très facilement par la manœuvre de Moriceau qui permet d'obtenir un notable degré de flexion.

Dans le bassin aplati et généralement rétréci, où la tête passe en flexion, la manœuvre de Moriceau sera insuffisante pour entraîner la tête; il sera nécessaire de lui adjoindre la manœuvre de Champelier de Ribes qui fléchira la tête, et en même temps repoussera l'occiput latéralement et permettra au bipariétal d'échapper au promonto-pubien-minimum.

Dans le bassin généralement rétréci, la tête s'engage en flexion forcée; la manœuvre de Moriceau, même aidée de la manœuvre de Champelier de Ribes, ne pourra obtenir ce degré absolu de flexion qui est l'apanage du travail téte première.

Pour ces raisons, et en ne tenant compte que de l'indication forme du rétrécissement, la version sera préférable au forceps dans le bassin aplati, elle sera aussi bonne que le forceps dans le bassin aplati et généralement rétréci, mais sera inférieure au forceps dans le bassin généralement rétréci.

Des différents modes de dégagement dans les présentations du front. (15)

Il existe, ainsi que le démontre une observation que nous avons rapportée, une variété très rare de dégagement dans les présentations du front : le dégagement en naso-postérieure. Nous n'avons trouvé dans la science qu'une seule observation analogue de Rash de Wurtzburg.

On peut donc distinguer dans les présentations du front plusieurs variétés de dégagement.

Première Variété. — *Dégagement en naso-antérieure.*

De beaucoup le mode le plus fréquent. Le diamètre occipito-frontal se place par rotation de la tête dans le plan coccy-pubien. Le front apparait le premier à la vulve et déborde beaucoup la symphyse pubienne, recouvert de la bosse séro-sanguine. Puis les bosses frontales une fois dégagées, la tête se fixe sous les pubis par un point variable : région sourcilière, racine du nez, région sous-nasale du maxillaire supérieur.

Mais le plus souvent c'est la bouche qui répond à la symphyse et l'enfant semble mordre cette dernière. (Budin, Focrier.)

Grâce à cette adaptation, un diamètre bucco-sincipital plus court remplace le diamètre maximum naso-sincipital et l'effort qu'a à supporter le périné est notablement diminué. On voit la tête se fléchir autour du point fixé sous les pubis et l'occiput se dégager à la commissure de la vulve.

Jamais le menton ne se dégage avant l'occiput.

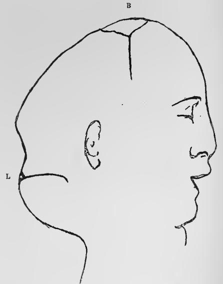
Après la naissance on remarque que la bouche est ouverte, le menton retropulsé, les deux extrémités du diamètre sincipito mentonnier ont été tassées et par un modelage remarquable la saillie du menton et celle du sinciput ont été remplacées par deux surfaces de nouvelle formation. Le grand axe de la présentation est un diamètre sous-occipito bregmatique ou sous-occipito frontal.

Deuxième Variété. — *Dégagement en naso-postérieure.*

La rotation de la tête au lieu de se faire en avant s'est faite en sens inverse.

Les pariétaux se dépriment fortement, immédiatement en avant de la petite fontanelle et présentent une gouttière où se logera le sous-pubis. Cette gouttière est préparée en partie par l'aplatissement et l'enfoncement du sinciput au moment de l'engagement au détroit supérieur, mais elle se creuse surtout au moment où la résistance périnéale serre cette région contre la symphyse pubienne.

C'est autour de cette gouttière transversale, très près de la petite fontanelle, que l'on voit la tête se défléchir et successivement se dégager les diamètres occipito bregmatique, occipito frontal, occipito mentonnier.



PRÉSENTATION DU FRONT DÉGAGÉ EN NASO-POSTÉRIEURE.
B — Fontanelle bregmatique.
L — Fontanelle lambdatique.

TROISIÈME VARIÉTÉ. — *Variété intermédiaire, transversale ou oblique.*

La tête sort de la vulve transversalement ou obliquement placée.

La tête s'appuie par le nez en un point des branches ischio pubiennes et sous la grande lèvre du côté opposé, la face se dégage tantôt jusqu'au menton, tantôt seulement jusqu'à la bouche, puis la partie postérieure de l'occiput se déroule du côté opposé.

Un caractère commun à toutes ces variétés de dégagement c'est qu'elles sont rarement spontanées. Ce n'est que quand la tête est souple, l'énergie des forces expulsives très grandes, que 'on verra le dégagement s'effectuer spontanément.

INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES

Bassin rachitique à forme pseudo-ostéomalacique. Opération césarienne conservatrice. (19)

Nous avons pratiqué l'opération césarienne conservatrice chez une femme porteur d'un bassin rétréci à 7 centimètres de diamètre utile et nous discutons à cette occasion les indications et quelques points du manuel opératoire de la césarienne dans les bassins rétrécis.

L'accouchement prématuré donne des résultats d'autant moins bons qu'on se rapproche de la limite de viabilité du fœtus et des degrés extrêmes des rétrécissements du bassin. Pour les bassins présentant un promonto-pubien-minimum de 7 à 7 1/2 la mortalité infantile est de 80 %. (BAR.)

La symphyséotomie était contrindiquée par la projection très forte du sacrum dans l'excavation. Les corps sacrés formaient une colonne convexe en tous sens et c'est surtout dans ces cas, qu'il y a à craindre la déchirure des parties molles (urètre, vessie, vagin, clitoris).

La césarienne quelques jours avant le terme nous a donné un beau succès. L'enfant pesait 3,020 grammes.

Le manuel opératoire que nous avons suivi a été celui du professeur Fochier qui se rapproche beaucoup de celui préconisé par Bar.

Les sutures utérines ent été faites en deux plans. Un plan musculo-musculaire par des points séparés à la soie forte. Un plan péritonéal constitué par un simple surjet séro-séreux.

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE

L'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle en obstétrique. (16)

Le chlorure d'étyle peut rendre de grands services comme anesthésique général en obstétrique, pour les petites interventions rapides ; toucher douloureux chez une primipare, introduction d'un ballon, ou d'une sonde de Krause, chez des femmes indociles ou très nerveuses.

Il est aussi très utile de commencer l'anesthésie par lui, quand le temps presse, et de continuer par l'éther ou le chloroforme, dans les interventions nécessitant une certaine rapidité, forceps avec souffrance de l'enfant, extraction par le siège, version, tamponnement, suture perinéale, etc.

Nous l'avons employé une quarantaine de fois dans ces différents cas sans avoir remarqué d'accident.

FŒTUS ET ANNEXES

La hernie diaphragmatique. (20)

Nous rapportons deux observations de hernie diaphragmatique que nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique obstétricale de Lyon et à la maternité de la Charité, et nous étudions à ce sujet, la fréquence, le siège, les variétés, l'histoire clinique de la hernie diaphragmatique, ainsi que le développement du diaphragme. Un des cas observés siège à droite de la ligne médiane contrairement à ce qui arrive d'ordinaire dans la hernie diaphragmatique,

Le contenu de la hernie est toujours en grande partie constitué par l'intestin grêle et souvent par un lobe hépatique.

Deux cas de fièvre typhoïde de la mère sans séro-réaction chez le fœtus. (10)

La recherche de la séro-réaction de Widal chez le fœtus né de mère typhique soulève un point intéressant de physiologie placentaire. Le placenta laisse-t-il passer la substance agglutinante du bacille d'Eberth ?

Ce fait admis par nombre d'auteurs est loin d'être constant, et si l'on a signalé des cas positifs il existe des faits négatifs comme les deux observations que nous rapportons.

Il existe des cas où la séro-réaction existe avec le sang de la mère, avec le sang du placenta, avec le sang du fœtus.

D'autres où la séro-réaction est négative avec le sang du fœtus.

Il est certain que la mise en évidence chez le fœtus de la réaction agglutinante demande certaines conditions de temps ou d'intensité de l'infection typhique.

On peut admettre à titre d'hypothèse que l'infection typhique légère se manifestant chez la mère par un pouvoir agglutinant

très atténué, ne se traduira pas chez le fœtus par une séro-réaction positive, contrairement au cas où le pouvoir agglutinant du sang de la mère est considérable.

Vagissements intra-utérins. (14)

Nous rapportons une observation de vagissement intra-utérin, très authentiquement constatée. Il s'agit d'une parturiente qui, les eaux rompues, prit un certain nombre d'injections vaginales avec un injecteur à poire de caoutchouc. Il est probable que l'air fut injecté en même temps que le liquide antiseptique dans le vagin et dans le col très perméable de cette multipare.

L'air se réunit sous la coupole du fond utérin et comme l'enfant était en présentation du siège il put faire des mouvements inspiratoires, mettre en jeu sa respiration pulmonaire et crier in utéro.

La physométrie a-t-elle été la cause du premier mouvement inspiratoire, ou bien l'enfant a-t-il fait sa première inspiration sous l'influence d'une souffrance passagère. On peut admettre que le contact de l'air avec les orifices de la face du fœtus a été une des causes de la première inspiration.

NOUVEAU-NÉ

Paralysie obstétricale consécutive à des tractions asynclitiques sur la tête. (11)

A propos d'une observation de paralysie radiculaire supérieure (type Erb-Duchenne), nous étudions le mécanisme pathogénique de ces paralysies.

En général elles se produisent dans des accouchements par siège, au moment ou l'opérateur exerce des pressions pour

abaisser les bras, ou pour faire la manœuvre de Moriceau, et l'on admet, en général, que ce sont ces pressions mêmes qui traumatisent le plexus au point d'Erb et amènent la paralysie. Notre observation met en évidence un autre mode de production. L'enfant dont il s'agit (4,200) était retenu par les épaules et fut extrait par des tractions asynclitiques sur la tête, alternativement en haut et en bas, tractions violentes, analogues au mouvement de pompe, exercées par la directrice de la Maternité.

Dans ces mouvements de traction, exercés obliquement, asynclitiquement par rapport à la colonne vertébrale, les racines supérieures du plexus brachial ont été plus tiraillées que les racines inférieures. « Quand on renverse latéralement la tête, les racines sont d'autant plus tiraillées qu'elles émanent de plus haut, sur un fœtus disséqué on voit les deux racines supérieures tendues, prêtes à se rompre, tandis que les autres sont relativement souples. Si l'on exagère la traction asynclitique les deux racines cèdent, les autres restant intactes. Cette notion rend bien compte de la production de la paralysie localisée aux racines supérieures du plexus brachial.

Vaccination chez le nouveau-né. (22)

A la suite d'une longue discussion, que suscita, à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon, la thèse de Pierrot, sur la vaccination du nouveau-né, nous avons vacciné cinquante-trois nouveau-nés avec du vaccin lyonnais récemment livré par la municipalité.

Le résultat a été positif chez tous les enfants et chez chacun d'eux les trois groupes de scarification pratiqués ont donné trois pustules des plus nettes.

Ce fait démontre que le nouveau-né, contrairement à l'opinion courante, n'est pas du tout réfractaire à la vaccine au moment de la naissance. Les nombreux insuccès signalés tiennnent surtout à la mauvaise qualité du vaccin. Le vaccin lyonnais fabriqué *actuellement* présente une virulence remarquable vis-à-vis du nouveau-né. Il n'y a aucun inconvénient à

vacciner tous les nouveau-nés peu après l'accouchement. Leur courbe de poids n'est pas défavorablement influencée ; la réaction locale est normale.

GLANDE MAMMAIRE ET ALLAITEMENT

Les brûlures du sein dans leurs rapports avec l'allaitement. (21).

Dans les brûlures du sein, le mamelon et l'aréole étant les points les plus exposés sont en général détruits en totalité ou en partie.

1° *Quand la destruction du mamelon est totale*, elle entraîne l'oblitération cicatricielle des canaux galactophores. Cette oblitération totale et cette destruction n'empêchent pas, en général, le développement normal de la glande à la puberté. Mais des phénomènes variables peuvent survenir après l'accouchement, au moment de la montée laiteuse.

Delhet a vu, vers le quatrième jour des suites de couches, des douleurs très vives apparaître, la glande se gonfler, former des saillies irrégulières et des plaques de sphacèle apparaître par surdistension cutanée ; puis les escharres s'éliminer, des fistules laiteuses se produire et peu à peu la cicatrisation s'effectuer. A une grossesse ultérieure, il ne se produisit rien d'anormal, la glande ayant été sans doute détruite par l'inflammation première.

Dans une observation analogue, nous n'avons vu, au moment de la montée laiteuse, aucun phénomène de phacèle, ni de destruction glandulaire se produire, et nous avons observé seulement de la tension douloureuse, du gonflement, un peu de surdistension cutanée. Tous ces signes ont disparu en quelques jours par l'application d'un pausement ouaté compressif.

2° *La destruction du mamelon peut n'être que partielle ;* mais le

tissu cicatriciel a pu remplacer le tissu souple très extensible et très dépressible de l'aréole. Dans ces conditions, ainsi que nous en rapportons une observation, la perméabilité de quelques galactophores peut permettre un débit suffisant et presque normal de lait. Mais de grosses difficultés d'allaitement existent, parce que le nouveau-né ne pouvant déprimer avec ses lèvres l'aréole ne peut saisir solidement le mamelon peu saillant par sa base; celui-ci glissera entre les lèvres de l'enfant et fuira à la première tentative de succion.

L'intégrité de l'aréole est donc une condition anatomique importante de la possibilité de la tétée.

Toutefois, quand la région périmamelonaire aura été rendue rigide par du tissu cicatriciel (brûlure), il ne faudra pas renoncer de suite à l'allaitement au sein, mais essayer par des tractions, par du massage, par la tétée avec un bout de sein, d'assouplir, d'allonger le mamelon et l'aréole, et l'on pourra réussir à rétablir l'allaitement dans des conditions presque normales.

TRAVAUX DE CHIRURGIE

De la pyloroplastie dans le traitement des sténoses non cancéreuses du pylore.

CONCLUSIONS

1° La pyloroplastie dans le traitement des sténoses bénignes du pylore, préconisée par de nombreux chirurgiens étrangers est trop délaissée en France. Avant 1897, elle n'a été pratiquée que 6 fois (Doyen, Remakers, Rohmer, Poncet).

Depuis cette époque, jusqu'en 1899, elle a été pratiquée 6 fois par Jaboulay, 1 fois par Tuffier, 2 fois par Terrier, ce qui porte à 15 le nombre des pyloroplasties faites en France, alors qu'il en existe 156 cas à l'étranger ;

2° L'incision de Heinecke-Mikuliez a été faite 122 fois pour sténose cicatricielle, 17 fois pour ulcère du pylore en activité, 15 fois pour sténose spasmodique et 17 fois pour des sténoses diverses non cancéreuses (traumatique, congénitale, d'origine biliaire, par tumeur bénigne) ;

3° La mortalité opératoire s'élève à 12,3 %. En défalquant de nos 171 observations 21 décès post opératoires, dont la moitié au moins ne sont pas attribuables à l'opération, 9 décès par complications pulmonaires et 11 retours des accidents de sténose, il reste 130 guérisons complètes dont les résultats fonctionnels sont excellents 44 de ces malades ont été suivis de 6 mois à 7 ans.

4° La pyloroplastie est l'opération de choix dans les sténoses bénignes du pylore, sauf quand elle sera contrindiquée, ce qui est rare, par des adhérences, par des cicatrices pyloriques trop

étendues, par l'atonie de l'estomac et par l'existence d'un doute sur la bénignité de la sténose. Elle est à rejeter *a priori* dans le cancer.

5° On devra, chaque fois que ce sera possible, la préférer à la gastro-entérostomie dont la mortalité (26 % d'après Mikuliez, 23 % d'après Marion, 18 % d'après Doyen), est plus forte, les résultats fonctionnels moins parfait et à la résection du pylore qu'on devra réserver uniquement pour les sténoses cancéreuses.

Gastro-entérostomie dans deux cas d'obstruction pylorique. (6)

Ces deux gastro-entérostomie ont été pratiquées par M. le Professeur Jaboulay avec un plein succès par le procédé opératoire suivant :

Laparotomie médiane.

Recherche de la face antérieure de l'estomac.

Recherche de l'anse jéjunale et torsion de l'anse pour mettre le bord inférieur de l'intestin anastomosé dans la direction du mouvement des fibres pristaltiques de l'estomac.

Abouchement de l'anse à l'estomac et suture de ces deux organes suivant le procédé de Jaboulay et Briau, c'est-à-dire double surjet aller et retour.

Points dits de suspension accolant l'anse jéjunale à la face antérieure de l'estomac, à quatre centimètres au-dessus et au-dessous de la bouche stomaco-jéjunale pour éviter l'éperon intestinal.

Suture de la paroi abdominale.

Énucléation d'un sarcome du creux poplité. (4)

Présentation d'une malade porteur d'un sarcome siégeant au niveau de la partie inférieure externe du creux poplité — volume d'un gros poing — tumeur mobile sur les plans profonds.

L'énucléation ayant été jugée possible par M. Jaboulay, ce dernier constata après incision que le sicatique poplité externe

suivi du centre à la puplerie ne tardait pas à se perdre dans la tumeur, se dégageant à la partie inférieure sous forme de quatre branches.

C'est un pseudo névrome developpé au dépens de la gaine du sicatique poplité externe.

Mais comme ce nerf était relativement superficiel on put le disséquer et le dégager.

Guérison complète avec intégrité des mouvements du membre inférieur.

Sarcome de la racine de la cuisse. (3)

Présentation, à la Société des Sciences médicales de Lyon, d'un malade auquel M. le Professeur Jaboulay a enlevé par énucléation un volumineux sarcome de la racine de la cuisse.

Le volume de la tumeur était tel que plusieurs chirurgiens avaient proposé la désarticulation de la hanche, refusée par le malade.

État fonctionnel actuel très bon.

Il est possible d'énucléer ces gros sarcomes quand ils ne tiennent ni au squelette, ni aux vaisseaux.

La récidive n'a pas plus de chances de se produire qu'après la désarticulation.

Considérations sur le traitement chirurgical des sarcomes des parties molles des membres. (5)

Observations *in extenso* des deux malades précédents.

Le diagnostic de sarcome posé, il est admis que l'intervention ne saurait être trop radicale, et nombreux sont les chirurgiens pour lesquels le diagnostic de sarcome éveille immédiatement l'idée exclusive d'amputation ou de désarticulation.

Cependant, quand on sent la tumeur manifestement mobile sur le squelette et quand le paquet vasculo-nerveux du membre n'est pas envahi, l'ablation simple est l'intervention de choix, eu égard à l'infirmité si grave à laquelle l'amputation voue le malade.

Cette dernière serait suffisamment indiquée évidemment si elle mettait à l'abri d'une récidive.

Après l'énucléation, la récidive n'est pas plus hâtive, et la désarticulation ne met pas à l'abri de la généralisation contre laquelle la chirurgie ne peut rien.

Donc :

1° Si adhérence au squelette ou au paquet vasculo-nerveux du membre, faire la désarticulation ;

2° Sinon se contenter provisoirement de l'énucléation, plus simple et suffisamment radicale et permettant au malade de conserver l'intégrité ses membres.

Trépanation pour un cas d'abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale. (2)

La trépanation pour les abcès du cerveau a été faite, jusqu'en 1895, huit ou dix fois seulement, dans le but de chercher un abcès du cerveau diagnostiqué.

Les occasions de pratiquer la trépanation dans ce but, sont relativement fréquentes, mais la difficulté du diagnostic arrête très souvent le chirurgien.

Nous rapportons deux observations, l'une dans laquelle l'abcès du cerveau consécutif à une otite suppurée n'a pas été diagnostiqué et a été trouvé à l'autopsie, et une deuxième où l'abcès était consécutif à une ostéite fronto-ethmoïdale et à une sinusite frontale.

M. le Professeur Jaboulay put, après trépanation, évacuer l'abcès et en faire le drainage. Le malade était dans le coma ; il survint ensuite une amélioration qui ne dura pas. Le malade mourut.

Conclusions. — Penser toujours à la possibilité d'un abcès cérébral quand surviennent des complications encéphaliques chez un malade porteur d'une affection suppurative des os du crâne.

Le diagnostic posé, se décider à trépaner sans attendre que le malade soit dans le coma.

Trépaner, de préférence, au siège de la lésion primitive.

Explorer le cerveau avec une aiguille fine de l'aspirateur Potain.

Drainer largement.

Un cas de macrodactylie du médius et de l'annulaire de la main gauche. (7)

L'excès de volume de l'annulaire avait nécessité chez ce malade, à l'âge de quatre ans, l'amputation. On avait laissé le médius pensant qu'il ne gênerait pas.

Mais le médius empêchant aussi la préhension, le malade demande à en être débarrassé.

Après amputation, le résultat fonctionnel est excellent.

Une épreuve radiographique est jointe à la publication.

Anévrysme diffus de la fémorale. (1)

Nous avons disséqué et préparé les pièces anatomiques d'un anévrysme diffus de la fémorale. Cette tumeur, apparue brusquement chez un athéromateux, présentait au début tous les signes de l'anévrysme artériel circonscrit.

Le traitement avait consisté dans l'évacuation des caillots par une incision après ligature préalable de l'artère iliaque externe.

Mort par gangrène du membre et septicémie. Les pièces montrent que la rupture de l'artère s'est faite au point d'abouchement de la fémorale profonde, au niveau d'une plaque d'athérome.

MÉDECINE

Paralysie générale syphilitique précoce. (8)

Malade de 22 ans ayant eu la syphilis à 20 ans et chez lequel les phénomènes cérébraux ont apparu deux ans après. Cette précocité de l'apparition de la paralysie générale est à signaler ainsi que ses rapports avec l'infection syphilitique toute récente.

TRAVAUX

FAITS SOUS NOTRE DIRECTION

De Belleval : Les déchirures du segment inférieur. *Thèse de Lyon, 1899-1900.*

Ugel : Du relèvement des bras dans les extractions tête dernière. *Thèse de Lyon, 1901.*

Raymond : Du drainage de l'utérus en obstétrique et en gynécologie. *Thèse de Lyon, 1901.*

5726 LYON.— IMP. SCHNEIDER